ACADÉMIE DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1972 N° 58

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

MAURICE TORCZYNSKI-TORCY
Né le 29 Janvier 1946 à PARIS - XI°
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1972

BILAN DE LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION (Contraception orale exclue) A LA MATERNITÉ PORT-ROYAL

COMPARAISON ENTRE LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CONTRACEPTION MÉCANIQUE.

Président : Monsieur Jacques VARANGOT, Professeur.

ACADÉMIE DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1972 **N°**

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

MAURICE TORCZYNSKI-TORCY
Né le 29 Janvier 1946 à PARIS - XI°
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1972

BILAN DE LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION (Contraception orale exclue) A LA MATERNITÉ PORT-ROYAL

COMPARAISON ENTRE LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CONTRACEPTION MÉCANIQUE.

Président : Monsieur Jacques VARANGOT, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES CHERS PARENTS

Je leur dois tout

A ma Tante Lisette FRYDMAN

dont le support moral ne m'a
jamais fait défaut.

A Monsieur le Professeur Jacques VARANGOT

Chef de Service de la Clinique Obstétricale
et Gynécologique de la Maternité
de PORT-ROYAL, à PARIS.

Membre de l'Académie de Médecine
et de Chirurgie

qui m'a appris mon métier

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse

qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur TURIAF

Professeur à la Faculté de Médecine
XAVIER-BICHAT
Chaire de Pathologie Respiratoire

Membre de l'Académie de Médecine

dont les qualités d'enseignement,
les conseils,

m'ont permis d'aimer mon métier
et de ne jamais négliger la
Médecine interne,
en prenant le chemin de la Spécialité

qu'il trouve ici l'expression
de ma très vive admiration.
et de ma très grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Jacqueline SCHNIRER

Chef de la Consultation de Stérilité
A la Clinique Gynécologique et Obstétricale
de PORT-ROYAL

qui dirige la Consultation de Contraception
A la Clinique Gynécologique et Obstétricale
de PORT-ROYAL.

qui a inspiré le sujet de cette thèse

et nous a guidé avec patience
tout au long de ce travail.

qu'elle trouve ici le témoignage
de notre vive reconnaissance.

qui dirige la Consultation de Contraception
à la Clinique Gynécologique et Obstétricale
de PORT-ROYAL.

A Monsieur le Professeur GRASSET J.

A Monsieur le Professeur HERVET E.

qui m'ont appris mon métier

En Témoignage de ma vive admiration

et de ma profonde reconnaissance

A mes Maitres d'externat

Messieurs les Professeurs

- LONGUET
- MICHON
- TURIAF
- TRICOT
- BONFILS
- VARANGOT
- GRASSET
- HERVET

BILAN DE LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION

A LA MATERNITE DE PORT-ROYAL

(Contraception orale exclue)

COMPARAISON ENTRE LES DIFFERENTES METHODES

DE CONTRACEPTION MECANIQUE

P L A N

A.- INTRODUCTION

I- DISPOSITIONS LEGALES HISTORIQUE

a) Loi de 1920
b) Communication du D.LAGROUA- WEILL-HALLE
c) Fondation du planning Familial
d) Loi du 28 décembre 1967
e) Décrets d'application du 3 février 1969
f) Décrets d'application de mars 1972

II- CONDITIONS DE CE BILAN DE CONTRACEPTION MECANIQUE

B.- DIAPHRAGMES

I- PRINCIPES
II- DIFFERENTS TYPES DE DIAPHRAGMES

a) Diaphragmes
b) Capes cervicales

III- PRODUITS SPERMICIDES
IV- PRESCRIPTION D'UN OBTURATEUR
V- ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE LA FEMME
VI- CONTRE INDICATIONS A L'USAGE DES OBTURATEURS.

a) Anatomiques

1- diaphragmes
2- capes

b) Psychologiques

VII- RESULTATS

a) Indications du diaphragme
b) Refus de la méthode
c) Abandons de la méthode
d) Complications-
e) Echecs de la méthode
f) Evolution des grossesses sur diaphragme

C.- STERILETS

I- PRINCIPES
II- HISTORIQUE
III- MECANISME D'ACTION

a) inaction
b) action

IV- DIFFERENTS STERILETS

a) généralités
b) la boucle de Lippes.

V- Contre-indications

a) absolues
b) médicales relatives
c) nullipares

VI- MISE EN PLACE

a) bilan avant l'insertion
b) prémédication
c) insertion proprement dite
d) précautions après la pose.

VII- RESULTATS

a) Généralités
b) Indication d'un stérilet
c) incidents et accidents observés

1) Stérilets bien tolérés
2) Incidents à la pose
3) Stérilets mal supportés psychiquement
4) Dysménorrhées et douleurs tardives
5) Complications hémorragiques totales
6) Infection
7) Expulsions
8) Changement de stérilets
9) Ablation du stérilet
10) Complications diverses associées

d) Echecs de la méthode

D.- COMPARAISONS ENTRE DIAPHRAGME ET STERILET

I- Indications

a) Niveau social
b) Tranches d'âge
c) Comparaison des patientes de moins de 20 ans.
d) Nombre de grossesses antérieures.
e) Nombre d'enfants vivants.
f) Nombre moyen d'enfants
g) Avortements provoqués antérieurs
h) Avortements spontanés antérieurs.

II- ACCEPTABILITE

a) Souhaits des patientes.
b) Manipulations
c) acceptabilité
d) Surveillance

III- Complications

a) diaphragme
b) Stérilets

IV- Echecs

a) diaphragmes
b) Stérilets
c) évolution des grossesses
d) Comparaisons

E.- CONCLUSIONS -

A.- INTRODUCTION

I- DISPOSITIONS LEGALES - HISTORIQUE

a) Loi de 1920

Les Français ont vécu 40 ans sur une idée fausse, l'idée que la contraception était interdite en FRANCE, alors que la loi de 1920, dans ses articles 3 et 4 ne réprimait que la propagande en faveur de la contraception et de l'avortement.

b) La communication de Madame le Docteur LAGROUA-WEILL-HALLE à l'Académie des Sciences Morales et Politiques en 1955.

attire l'attention sur les conséquences désastreuses de l'absence de contraception.

c) en 1956 fondation de l'organisation "Maternité Heureuse" par le Docteur LAGROUA-WEILL-HALLE, organisation qui devient en 1958 Mouvement Français pour le Planning Familial

d) Loi du 28 décembre 1967 (Loi NEUWIRTH)

. Article Premier - Les articles L 648 et 649 du Code de la Santé Publique sont abrogés. En conséquence, les mots "anticonceptionnels" et "propagande anticonceptionnelle" sont supprimés de l'intitulé du chapitre V du titre III du livre V du Code de la Santé Publique (première partie).

. Article deux. La fabrication et l'importation des contraceptifs sont autorisés dans les conditions fixées par un règlement d'administration publique.

. Article trois La Vente des produits, médicaments et objets contraceptifs est subordonnée à une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le Ministre des Affaires sociales. Elle est exclusivement effectuée en Pharmacie.

Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial, par décision du Ministre des Affaires Sociales ne sont délivrés que sur ordonnance médicale ou certificat médical de non contre-indication. Aucun produit, aucun médicament abortif ne pourra être inscrit sur ce tableau spécial.

Cette ordonnance ou ce certificat de non contre-indication sera Nominatif, limité quantitativement et dans le temps, et remis accompagné d'un bon tiré d'un carnet à souches, par le Médecin au consultant lui-même.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne pourra être pratiquée que par un médecin, dans un établissement hospitalier, dans un centre de soins agréé ou conformément à des conditions fixées par un règlement d'administration publique.

La vente ou la fourniture des contraceptifs aux mineurs de dix huit ans non émancipés et des contraceptifs inscrits au Tableau spécial, aux mineurs de vingt et un ans non émancipés ne peut être effectuée que sur ordonnance constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal.

Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application du présent article.

Article quatre

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, ainsi que les modalités de l'agrément, par le Ministre des Affaires Sociales, des centres de planification ou d'éducation familiale. Ces établissements et ces centres publics ou privés, ne devront poursuivre aucun but lucratif.

La délivrance des contraceptifs est interdite dans ces établissements et ces centres.

Les Pouvoirs Publics reconnaissent et soutiennent la mission des associations familiales et des autres mouvements qualifiés pour la préparation lointaine et proche des jeunes au mariage et à la vie adulte, ainsi que pour l'information objective des adultes aux divers problèmes de la vie du couple, de la famille et de l'éducation des jeunes.

Article 5.

Toute propagande anti nataliste est interdite. Toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives sont interdites, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.

Un décret précisera les modalités d'applications du présent article.

Article 9.

Les règlements d'administration publique doivent être publiés au plus tard dans les 6 mois qui suivent la promulgation de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'état.

e) décrets d'application du 3 février 1969

. le premier concerne la fabrication, l'importation des contraceptifs et n'intéresse pas directement le médecin
. le deuxième concerne la prescription et la délivrance des contraceptifs oraux ainsi que celle des dispositifs intra-utérins.

article 4

Les contraceptifs intra-utérins qui sont incrits au Tableau spécial ne peuvent être remis par les pharmaciens qu'au praticien qui a délivré l'ordonnance ou le certificat de non contre-indication, ou à l'établissement hospitalier ou au centre de soins agréé dont relève ce praticien.

f) Décret d'application de mars 1972

. article premier

L'insertion des Contraceptifs intra-utérins ne peut-être pratiquée dans un établissement hospitalier public ou privé que si celui-ci possède un service de gynécologie ou de maternité ou une consultation d'orthogénie spécialisée à cet effet, et s'il justifie qu'il possède les installations et appareils dont la liste sera établie par un arrêté du Ministre chargé de la Santé Publique.

. article deux.

Pour pratiquer l'insertion des dispositifs intra-utérins, les centres de protection Maternelle et Infantile devront :

1) posséder une consultation de gynécologie, d'obstétrique ou d'orthogénie.
2) être pourvus des installations et appareils dont la liste sera établie par un arrêté du Ministre chargé de la Santé Publique.

article trois.

Les médecins ne peuvent pratiquer l'insertion des contraceptifs intra-utérins en dehors des établissements mentionnés aux articles 1 et 2 ci-dessus, que s'ils déclarent au Médecin Inspecteur départemental de la Santé qu'ils possèdent les installations et appareils dont la liste est établie par un arrêté du Ministre de la Santé Publique.

II- CONDITIONS DE CE BILAN DE CONTRACEPTION MECANIQUE

Ce bilan porte sur 1022 dossiers répartis de la façon suivante :

Obturateurs:	633	(diaphragmes	595
		(capes	38
Stérilets:	389		

151 stérilets ont été posés à la Maternité PORT-ROYAL(Assistance Publique-PARIS)

183 stérilets ont été posés ou suivis à l'Hôpital psychiatrique de Maison Blanche (Préfecture de la Seine-NEUILLY-s/-MARNE)

55 stérilets posés ailleurs (consultations hospitalières ou cabinets privés) et suivis à PORT-ROYAL.

- Pour des raisons pratiques, nous avons répertorié les dossiers de la contraception Mécanique jusqu'au numéro de classification 32.000 (c'est-à-dire première consultation dans le Service à la mi-août 1971).

- Les dossiers de l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche ont été répertoriés à partir d'un classement alphabétique des malades suivis à la Consultation gynécologique .

- Pour compléter cette enquête, 424 femmes, à qui un diaphragme avait été prescrit, ont été convoquées, 70 ont répondu à cette convocation.

Sur ces 1022 dossiers de prescription de contraception mécanique, n'ont pu être retenus pour une étude évolutive que :

- 226 dossiers pour le bilan obturateur
- 337 dossiers pour le bilan stérilet

répartis de la façon suivante :

116 dossiers Maternité PORT-ROYAL
166 dossiers Hôpital Psychiatrique de Maison Blanche
55 dossiers de provenance diverse mais suivis à PORT-ROYAL.

Dans cette étude :

- les diaphragmes ont été posés entre Mai 1964 et Août 1971

- les stérilets posés à la Maternité PORT-ROYAL l'ont été entre avril 1966 et août 1971.

- les stérilets posés à l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche l'ont été entre mars 1967 et Novembre 1971.

B.- DIAPHRAGMES.

I- Principes

Placés dans le vagin avant chaque rapport, les diaphragmes représentent une barrière qui empêche le sperme d'atteindre le col utérin.

Pour améliorer les résultats, il est indispensable d'ajouter une crème spermicide à l'obturateur.

C'est donc une méthode mixte physico-chimique.

II- Différents types de diaphragmes.

L'idée de placer un obstacle au fond du vagin est connue depuis l'Antiquité.

On a utilisé des feuilles de végétaux diverses (acacia, feuilles de bambou), de même que des objets mous (ouate, disque de papier, éponge).

Les adjonctions de miel, de cire, d'huile de cèdre, d'Alun, ébauchèrent la méthode mixte physico-chimique.

Actuellement certains appareils qui ont été très utilisés en Angleterre, telles les vimules et les voutes, sont presque abandonnés et l'on utilise surtout le diaphragme et la cape cervicale.

a) le diaphragme se compose d'une demi sphère souple bordée d'un anneau rendu rigide par un ressort métallique ou par une lame métallique, gainés de caoutchouc.

Il en existe différentes tailles allant de 55 à 95 mm, par graduation de diamètre de 2,5 mm en 2,5mm ou de 5 en 5 mm selon la marque. Les tailles les plus utilisées varient de 70 à 90 mm.

b) les capes cervicales, en forme de dé, sont destinées à encercler le col. Il en existe deux modèles.

- les capes "hollow RIM" à rainure interne les plus utilisées, de 4 tailles : 22,25,28 et 31 mm.
- d'autres ont un bord en caoutchouc plus épais et un fond souple, elles sont moins utilisées.

III- LES PRODUITS SPERMICIDES.

Les spermicides agissent de 2 manières en immobilisant et en tuant les spermatozoïdes, et en empêchant l'ascension spermatique par la protection d'un film protecteur à la surface du col; les spermicides employés sont de 3 sortes.

- gelées (toutes deux présentées en tube, un (applicateur qui se visse sur le Tube peut
- crèmes (en permettre une nouvelle application (lors de rapports consécutifs.

- des Bombes aérosols,- moins pratiques. L'application doit se faire avant la mise en place de l'obturateur.

Ce sont des produits non gras, acides et solubles dans l'eau. Ils contiennent des produits chimiques variés :

acide borique, citrique, salicylique, permenganate de potassium, acetate de phenyl-mercurique, lauryl- sulfate de sodium etc..

Leur efficacité doit avoir été prouvée par le test agréé de l"IPPF (International Planned Parenthood Fede-

ration) qui étudie le Pouvoir spermicide Total.

Ils doivent être inoffensifs, ne doivent pas entrainer de réaction d'intolérance pour l'homme et la femme, ou de réaction allergique.

IV- PRESCRIPTION D'UN OBTURATEUR.

Elle sera précédée d'un examen gynécologique soigneux

Toute vaginite et cervicite sera systématiquement traitée et le port de l'obturateur ne sera autorisé qu'après guérison; des frottis de dépistage auront été pratiqués.

Le diaphragme sera placé dans le vagin entre la fossette rétropubienne en avant et la partie antérieure du sacrum en arrière.

Le diaphragme posé ne doit pas perdre son arrondi il doit conserver un jeu de quelques millimètres derrière le pubis. L'essai se fait sur la femme position gynécologique. Par des essais successifs en commençant par une Taille plus petite on choisira la Taille la mieux adaptée.

Le diaphragme est placé face convexe regardant vers le haut ou le contraire selon les écoles.

Si le diaphragme est contre indiqué et si le col est long et cylindrique , sain , accessible à la femme, on pourra essayer une cape cervicale, la Taille la mieux adaptée est celle qui en recouvrant totalement le col permet de conserver le fond de la cape vide pour y déposer la crème spermicide ; on vérifiera alors la bonne adhérence de la cape.

V- ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE LA FEMME.

- le choix de l'obturateur étant fait il est nécessaire de bien apprendre à la consultante le moyen de le poser, pour cela, on donne à la patiente des notions élémentaires d'anatomie à l'aide de maquettes ou de schémas.

- l'obturateur laissé en place, la femme en position debout met le pied droit sur la 2eme marche d'un escabeau ou parfois reste accroupie, elle introduit l'index et le médius dans la cavité vaginale, repère les parois du vagin, la membrane du diaphragme, le col à travers celle-ci, les bords du diaphragme, ou s'il s'agit d'une cape elle repère le col et en fait le tour avec le doigt.
- la femme apprend à retirer le diaphragme puis à le placer.
- le médecin contrôle la bonne mise en place soit du diaphragme soit de la cape.
- les manoeuvres seront répétées jusqu'à la bonne réalisation de celles-ci.
- la femme reçoit alors une ordonnance pour l'obturateur, la crème spermicide.

Une visite de contrôle sera pratiquée dans les quinze jours qui suivent; on demandera à la femme de porter son diaphragme plusieurs heures avant la consultation pour vérifier la bonne mise en place, la bonne tolérance, parfois on modifiera la taille, le diaphragme étant trop petit la femme ayant été trop contractée lors de la première visite, avant de libérer la femme on lui conseillera des Rapports Protégés : condoms, pilule afin d'être certaine de la bonne mise en place de l'obturateur.

- on insistera sur certaines recommandations qui avaient été déjà soulignées lors de la première visite.

a) la nécessité de la double protection procurée par le diaphragme et le produit spermicide.
b) la mise en place de l'obturateur avant chaque rapport et de préférence au cours de la toilette du soir, quelle que soit la date du cycle.

c) la vérification de la bonne mise en place de l'obturateur avec le doigt.
d) l'introduction de l'obturateur, le moins longtemps possible avant le rapport (moins de 2 heures avant) et la nécessité de le garder huit heures après le dernier rapport; ne faire ni injection ou toilette vaginale tant que l'obturateur est en place.
e) en cas de Rapports consécutifs remettre du spermicide à l'aide de l'applicateur.
f) après chaque usage, entretenir avec de l'eau et du savon de Marseille, bien rincer, bien sécher, talquer, ranger dans une boite respectant la forme du diaphragme.
g) essuyer sans laver pour enlever les traces de Talc avant le réemploi.
h) éviter les produits caustiques, les détergents, les produits gras, les désinfectants.
i) vérifier périodiquement l'étanchéité du diaphragme en le regardant devant une lumière vive.

- Il est nécessaire de revoir la femme pour un contrôle annuel, l'obturateur mis en place quelques heures avant la visite.
- 4 à 6 mois après la prescription du premier diaphragme
- 3 mois après un accouchement.
- en cas de modification du poids, supérieure à 5 Kgs.

VI- CONTRE INDICATIONS A L'USAGE DES OBTURATEURS.

a) Anatomiques

1- Diaphragmes
- myomes bombant à travers le cul de sac postérieur.
- cavité vaginale étroite.
- absence de fossette rétropubienne
- cystocèle important.

Mais il ne faut pas renoncer au diaphragme avant d'en avoir fait l'essai.

2- Capes

- col court
- col présentant une déchirure latérale
- col trop bas (risque de déplacement lors du rapport)
- col trop haut (inaccessible à la femme)
- exocervicite (contre-indication Temporaire)

b) Psychologiques

Mettre un diaphragme, c'est se préparer au rapport qui va suivre, donc, c'est accepter la vie sexuelle, c'est ce qui va amener les difficultés.

Les obturateurs sont donc déconseillés chez la jeune mariée, chez les femmes anxieuses.

Un interrogatoire et une explication de la méthode et de ses principes permettront de résoudre chaque cas particuliers.

VII- RESULTATS

-Obturateurs prescrits= 633

diaphragmes= 595 = 94%

capes: 38 = 6%

diaphragmes et capes suivis régulièrement 226 = 3501 mois

durée moyenne $\frac{3501}{226}$ = 15,4 mois par l'obturateur

a) Indications du diaphragme (par rapport aux 633 posés)

- ont déjà utilisé un diaphragme	44	=	6,9 %
- désirent un diaphragme	72	=	11,4 %
- changement de méthode (utilisent la pilule)	65	=	10,2 %
- refusent la pilule	36	=	5,6 %
- Pilule contre-indiquée	43	=	6,8 %
- Pilule non tolérée	25	=	3,9 %
- stérilet contre-indiqué	20	=	3,1 %
- stérilet impossible	9	=	1,4 %
- diaphragme posé entre 2 cures de pilules	27	=	4,2 %

b) Refus de la Méthode (par rapport aux 633 posés)

au total	119	=	18,8 %
répartis en :			
- n'arrivent pas à poser le diaphragme	5	=	2,3 %
- gêne physique	21	=	3,3 %
- refusent la méthode pour une raison non précisée	39	=	6,1 %
- mari gêné	7	=	1,1 %
- manque de confiance			
de la femme	33	=	5,2 %
du mari	4	=	0,6 %

c) abandon de la méthode (sur 226 femmes suivies)

- confiance limitée	6	2,5 %
- manoeuvres déplaisantes	8	3,5 %
- préfèrent la pilule	12	5,3 %
- douleur avec diaphragme	2	0,9 %
- préfèrent le stérilet	2	0,9 %
- ménopause	1	0,4 %
- irrégularités menstruelles traitées par la pilule	1	0,4 %
• soit au total	32	14,1 %

d) Complications

- c'est une méthode sans danger
  Nous n'avons noté que 10 exorcervicites simultanées à l'utilisation du diaphragme
  (4 existaient avant la prescription
  (6 sont apparues "2,6 %")
- nous devons signaler

  . une hémorragie sur cape cédant à l'ablation de cette cape
  . une tendance à la pollakiurie
  . un eczema avec la crème spermicide (cédant au changement de marque)
  . deux frigidités liées au manque de confiance dans la méthode (contre-balancée par deux guérisons de frigidités par libération des angoisses d'une nouvelle grossesse).

e) échecs de la méthode

Pour calculer la valeur d'une méthode on utilise conventionnellement la formule de Pearl qui permet d'obtenir le nombre de grossesses accidentelles pour cent années femmes c'est-à-dire pour 1200 mois où une fécondation aurait été possible sans la contraception.

(On exclue ainsi les mois de grossesse, les mois où le mari était absent, les mois où les Rapports étaient inexistants pour quelque autre raison).

Le taux d'échec est :

$$\frac{\text{nombre de grossesses accidentelles} \times 1200}{\text{nombre total de mois d'exposition.}}$$

Sans aucune contraception on évalue à 80 pour cent années femmes, le nombre de grossesses qui surviendraient dans un groupe donné de femmes fertiles.

Ceci étant entendu, nous rappellerons que par convention on dit d'une méthode qu'elle est :

- très efficace si son Taux d'échec est inférieur à 5 pour cent années-femmes.
- bien efficace jusqu'à 10 pour cent années-femmes.
- peu efficace jusqu'à 30 pour cent années-femmes.
- très peu efficace jusqu'à 40 pour cent années-femmes
- inefficace au-delà.

selon les auteurs le nombre de grossesses échecs avec diaphragme est très variable de 8 à 30 %
pour TIETZE et ALLEYNE (USA) entre 8,8 et 14,3 %

Nous avons recensé 19 grossesses sur les 226 diaphragmes ou 3501 mois suivis.

Nous ne pouvons compter que 18 grossesses car il s'agit dans ce cas précis d'une femme qui partant en vacances a oublié son diaphragme, est devenue enceinte, et d'ailleurs après une fausse couche provoquée, cette patiente a réclamé un nouveau diaphragme.

Les 18 grossesses se répartissent en

- diaphragme bien posé et mis de façon régulière 6
- diaphragme mis sans crème 2
- diaphragme porté irrégulièrement 6
  (1 oubli au 14eme jour du cycle)
  (5 irrégulièrement et sans crème)
- cas non précisés 4

Résultats chiffrés :

18 grossesses correspondent à $\frac{18 \times 1200}{3501}$: 6,16 grossesses % A.F

Si on précise la technique nous arrivons à

10 grossesses (6 bien mis
(4 non précisés

c'est-à-dire $\frac{10 \times 1200}{3501} =$ 3,42 grossesses % A.F.

f) EVOLUTION DES GROSSESSES

SUR DIAPHRAGME

18 grossesses	Diaphragme douteux 4	diaphragme bien mis 6	erreur Technique 8
Fausse-Couche Provoquée 3	1	1 (avortement thérapeutique)	1
Fausse-Couche spontanée 5	2	2	1
Accouchements 6	0	2	4
Evolution non précisée 4	1	1	2

C.- STERILETS.

I- Principes

Les stérilets ou Dispositifs intra-utérins (D.I.U) sont de petits appareils en plastique que l'on introduit grâce à leur plasticité, dans la cavité utérine corporéale.

Leur présence empêche la nidation de se produire,- mais ils n'auraient pas d'action abortive (ce qui est controversé).

II- Historique

La Contraception intra-utérine serait très ancienne puisqu'on y aurait eu recours depuis la plus haute antiquité.

- en 1928, GRAFENBERG appliqua son anneau de fil d'argent ou d'or tressés. En d'autres mains il y eut nombre d'hémorragies, d'infections et d'incarcérations qui firent condamner la méthode par le Congrès Allemand de Gynécologie et d'Obstétrique de 1931.

- La méthode fut reprise en 1960 à la suite de deux publications.- l'une de l'Israélien OPPENHEIMER (anneau fait de 4 crins de Florence Torsades)(2,5 grossesses pour 100 années-femmes sur 866 cas).
  - l'autre du Japonais ISHIHAMA (anneau d'Ota) 2000 cas.

- MARGULIES introduit le premier D.I.U moderne en Polyethylène
- La boucle de LIPPES est de loin l'appareil le plus utilisé dans le monde.
  C'est celui qui a été utilisé pour la quasi totalité des cas étudiés ci-après.

III- MECANISMES D'ACTION

Le mode d'action est encore mal précisé. Mais pour certains on pourrait affirmer qu'ils n'ont pas d'action abortive.

a) Inaction

- ils ne s'opposent pas à l'ascension des spermatozoïdes
- ils n'ont pas chez la femme d'action démontrable sur la fonction ovarienne (contrairement à la vache où ils provoquent l'anovulation).
- ils ne modifient pas le développement cyto hormonal de l'endomètre.
- ils ne provoquent pas d'infection persistante de la cavité interne.

b) action

- ils provoquent une accélération du Transit tubaire des ovocytes qui, ou bien ne sont pas fécondés, ou bien arrivent trop tôt dans une cavité endométriale inapte à les nourrir et les implanter (MASTROIANNI)
- il existerait une gêne à la nidation par contractilité utérine permanente (BENGTSSON).
- il existe des microcalcifications de l'endomètre (ANCLA, de BRUX, SIMON).
- il y aurait une modification plus ou moins importante de la structure macroscopique de l'endomètre.

IV- DIFFERENTS STERILETS

a) Généralités

On distingue 2 types de stérilets :

1) les stérilets fermés

- le huit de BIRNBERG faiblement expulsé, efficace, mais dangereux en raison du grand nombre de perforation, abandonné.
- l'oméga français.
- l'anneau de YUSEI, très utilisé au Japon.

2) les stérilets ouverts

- la spirale de MARGULIES, ayant un taux élevé d'expulsion
- le Saft- T Coil
- la corolle
- la boucle de Lippes, la plus utilisée dans le monde.

Elle représente la quasi totalité des stérilets posés, à la Maternité PORT-ROYAL et à l'hôpital psychiatrique de MAISON-BLANCHE, au cours de cette étude.

3) Caractères généraux

Le plus souvent les stérilets utilisés sont en polyethylène, rendu opaque aux rayons X par un sel de baryum. Ils sont doués d'élasticité et de mémoire leur permettant après étirement, insertion, de reprendre leur forme initiale.

b) la boucle de Lippes ou LIPPES LOOP

Elle se présente comme un double S réalisant 5 barres de plus en plus longues vers le fond, avec incurvation terminale et à l'autre bout, un fil de nylon, qui émergera par le col. Il existe 4 modèles.

- LOOP A 22,5 mm à la base, fil bleu, poids 290 mg
  pour nullipares seulement.
- LOOP B 27,5 mm, fil noir, poids 526 mg
  pour les primipares, les femmes qui ont eu des accouchements prématurés, les multipares, ayant une Hysterométrie inférieure à 6 cm.
- LOOP C 30 mm, fil jaune, poids 615 mg
  convient à la plus part des multipares.
- LOOP D 30 mm, fil blanc, poids 709 mg
  peut être essayé quand le C est expulsé.

Il existe 2 sortes de présentation.

- stérilet en vrac, à placer dans un inserteur
- stérilet isolé, livré avec un inserteur, réduisant ainsi les manoeuvres et augmentant l'asepsie.

V.- CONTRE-INDICATIONS

Le stérilet n'est bien toléré que si l'appareil génital ne présente aucune lésion, infection, aucune anomalie favorisant un saignement.

a) Contre-indications absolues

Ce sont
- existence d'une infectinn utero-annexielle en activité
- grossesse
- malformation utérine
- méno- ou, et, métrorragies
- gros utérus déformés par des fibromes volumineux
- affections malignes de l'appareil génital

b) Contre-indications médicales relatives

Les risques d'infection et d'hémorragies, propres à cette méthode contraceptive, ont amené à considérer comme contre indication l'existence de :

- diabète
- troubles de la crase sanguine
- anémie
- leucopénie
- corticothérapie au long cours

c) Les Nullipares

- Elles représentent pour certains une contre-indication:
  - . d'une part par crainte d'une éventuelle salpingite ultérieure
  - . d'autre part, parce que l'introduction est plus difficile et que les stérilets seraient moins tolérés (utérus plus tonique, plus contractile).
- A la Maternité de PORT-ROYAL la nulliparité a été une contre-indication absolue à l'insertion d'un diaphragme, par principe.
- A l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche, le terrain psychiatrique particulier, l'impossibilité de contraception tant orale que par obturateur, ont amené à poser des stérilets chez des nullipares, des mineures de moins de 20 ans.

VI.- MISE EN PLACE

a) bilan avant l'insertion.

- un examen gynécologique soigneux doit préciser l'absence de contre-indication.

- L'interrogatoire doit faire préciser les antécédents gynécologiques obstétricaux et surtout infectieux, le caractère des règles, la date des dernières règles.

- L'examen gynécologique doit s'assurer de l'absence de fibrome, polype ou de lésion infectieuse du colon des annexes.
- Des frottis vaginaux systématiques sont pratiqués
- On ne pratique pas d'Hystérographie systématique avant l'insertion
- L'insertion sera pratiquée du 2eme au 10eme jour du cycle.

En cas d'aménorrhée, une réaction biologique sera pratiquée pour s'assurer de l'absence de grossesse.

b) prémédication avant l'insertion

- habituellement il n'y a pas de prémédication.
- Dans le cadre de la consultation gynécologique de l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche, les patientes recevaient la veille au soir et le matin de l'insertion un suppositoire d'antispasmodique.

c) insertion proprement dite

- la femme étant placée en position gynécologique, le col est largement exposé par un spéculum type COLLIN.
- l'application doit être réalisée avec une asepsie chirurgicale, c'est-à-dire avec gants chirurgicaux et matériel stérile.
- On pratique un badigeonnage du col avec une solution antiseptique.
- On saisit la lèvre antérieure du col avec une pince de POZZI sur laquelle on tire pour corriger une éventuelle flexion utérine.

- L'hystérométrie permettra de vérifier les dimensions de la cavité utérine et guidera le choix de la taille du stérilet.
- Une difficulté à franchir l'isthme sera levée par le passage d'une bougie en gomme.
- On met alors des gants stériles.
- Le stérilet est introduit dans l'inserteur, dans le bon plan, avec les doigts gantés, puis avec le mandrin jusqu'à ce que le crochet terminal vienne affleurer le bout du tube.

Dans le cas des stérilets tout préparés, il suffit de tirer sur le mandrin.

- L'inserteur est introduit dans le col, on pousse alors, avec douceur, le mandrin, jusqu'à mise en place de stérilet.
- On retire le mandrin, puis l'inserteur, les fils sont coupés à 3 cm environ de l'orifice externe du col.

d) Précautions après la pose

- On montre à la femme comment repérer ses fils.

- on conseille à la patiente de rester allongée pendant deux heures environ.
- on prescrit pour 5 jours :
  - . un anti-hémorragique éventuel
  - . un antibiotique obligatoire
  - . des suppositoires antispasmodiques à la demande.

- on conseillera à la femme de vérifier la présence du fil à la fin des règles, si possible avant les rapports.
- La femme sera revue

au bout d'un mois.
puis au bout de 3 mois
puis enfin tous les 6 mois environ.

VII.- RESULTATS

a) Généralités

1) Nombre de stérilets posés.

Maternité PORT-ROYAL (Assistance Publique-PARIS)	151
Hôpital psychiatrique de MAISON-BLANCHE (Préfecture de la Seine -Neuilly-s/-Marne)	183
	334

2) Nombre de stérilets suivis

Maternité de PORT-ROYAL	116
Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	166
Total .	282

Stérilets posés ailleurs mais suivis à PORT-ROYAL 55

3) Nombre de Mois

Maternité PORT-ROYAL	1519 mois
Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	1821 mois

soit en moyenne

PORT-ROYAL	13,0 mois par stérilet
MAISON BLANCHE	11,0 mois par stérilet
PORT ROYAL + MAISON BLANCHE	11,8 mois par stérilet

b) Indications d'un stérilet

1) Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE

- 184 stérilets ont été indiqués pour des raisons très diverses :

  . Multipares
  . Malades incapables d'élever des enfants (situation maternelle ou maladie chronique)
  . Stérilet réclamé par la malade
  . stérilet suggéré par les médecins et acceptés.
  . stérilet demandé par les maris des malades psychotiques chroniques faisant cependant des séjours chez elles.

2) Maternité de PORT-ROYAL

- 139 femmes vues pour la première fois à la consultation de contraception et à qui il a été proposé un stérilet.

. n'ont jamais eu de contraception auparavant	52		37,2 %
. ont eu une contraception	61	:	43,9 %
. répartie en une méthode : 49			
deux méthodes: 12			
. non précisé	26	:	18,6 %

DETAIL DES INDICATIONS DU STERILET A LA MATERNITE DE PORT-ROYAL

- ont déjà eu un stérilet	4	2,8 %
- désirent un stérilet	46	32,1 %
- changement de méthode(pilule)	23	16,5 %
- pilule contre-indiquée	10	7,2 %
- pilule non tolérée	13	9,3 %
- diaphragme impossible	11	7,9 %
- diaphragme mal supporté	9	6,4 %
- diaphragme refusé	6	4,3 %
- diaphragme ou pilule oubliés	2	1,4 %
- débilité mentale ou Troubles neurologiques	8	5,7 %
- adressée pour un stérilet sans raison précisée	7	5,1 %

C) Incidents et accidents observés

1) Stérilets bien tolérés

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	101/166=	60,8 %
Maternité de PORT-ROYAL	56/116=	48,1 %
au total	157/282=	55,7 %

2) Incidents à la pose

a) Douleurs

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	6/166=	3,6 %
Maternité de PORT-ROYAL	6/116=	5,1 %
au total	12/282=	4,2 %

Il faut signaler un seul cas de lipothymies le jour et les trois jours qui suivirent la pose d'un stérilet à PORT-ROYAL.-

b) Hémorragies précoces (immédiatement après la pose)

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	1/166=	0,6 %
Maternité de PORT-ROYAL	21/116=	18,1 %
au total	22/282=	7,8 %

3) Stérilets mal supportés psychiquement

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	7/166=	4,2 %
Maternité de PORT-ROYAL	8/116=	6,9 %
au total	15/282=	5,3 %

4) Dysménorrhées et douleurs tardives

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	3/166=	1,8 %
Maternité de PORT ROYAL	14/116=	12,1 %
au total	11/282=	6,3 %

5) Complications hémorragiques -

-premières règles plus abondantes

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	3/166=	1,8 %
Maternité de PORT-ROYAL	21/116=	24,1 %
au total	30/282=	10,6 %

- Toutes les règles plus abondantes

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	2/166=	1,2 %
Maternité de Port-Royal	11/116=	6,6 %
au total	13/282=	11,6 %

- Métrorragies secondaires

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	7/166=	4,2 %
Maternité de PORT-ROYAL	7/116=	6,1 %
au total	14/282=	4,9 %

-:Ménorragies secondaires

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	5/166=	3,1 %
Maternité de PORT-ROYAL	14/116=	12,1 %
total	19/282=	6,1 %

- Complications hémorragiques totales

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	17/166=	10,3 %
Maternité de PORT-ROYAL	59/116=	50,8 %
Total	76/282=	26,9 %

6) Infections

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	3/166=	1,8 %
Maternité de PORT-ROYAL	4/116=	3,4 %
Total	7/282=	2,5 %

Il faut signaler ici que sur les 55 femmes ayant eu un stérilet en ville et venues consulter à PORT-ROYAL, nous avons observé 11 infections , c'est-à-dire 22 %.

Il semble que les femmes inquiètes viennent plus volontiers consulter en milieu hospitalier.

Les infections se traduisent par :

	MAISON blanche	PORT-ROYAL	VILLE
Leucorrhées purulentes	1	2	5
Utérus douloureux	1	2	4
Réaction annexelle	1	-	1
Endométrite et réaction péritonéale	-	-	1

7) Expulsion.

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	12/166	7,2 %
Maternité de PORT-ROYAL	13/116	11,2 %
Total	25/282	8,8 %
Stérilets posés ailleurs et consultation à PORT-ROYAL	2/55	3,6 %

8) Changement de Stérilet

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE 3/166= 1,8 %
Maternité PORT-ROYAL 5/116= 4,3 %

Durée Moyenne MAISON BLANCHE 40,0 mois
PORT-ROYAL 36,6 mois

9) Ablation du stérilet

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE 15/166= 9,0 %
Maternité de PORT-ROYAL 14/116= 12,0 %

Total 29/282= 10,3 %

Détail des ablations

	MAISON BLANCHE	PORT-ROYAL
Intolérance psychique	1	3
Ablation par la patiente elle-même	4	1
Métrorragies	3	4
Douleurs	3	1
Infection	0	1
Systématique	1	4
Non précisée	3	-

- Durée moyenne d'insertion lors des ablations systématiques :

MAISON BLANCHE :	30 mois
PORT-ROYAL :	44, 5 mois

Il faut signaler que l'ablation du stérilet par la patiente elle-même à la Maternité de PORT-ROYAL était un accident assez exceptionnel :

la femme a tiré sur les fils de son stérilet au lieu de son "Tampax".

- Ablation des stérilets chez les 55 consultantes venues de l'extérieur.

Changement de stérilet 3.durée moyenne : 32 mois

Ablation proprement dite 20/55 : 36,3 %

Détail :

Métrorragies	7
Infection	5
Polype	1
Fibrome	2
Kyste de l'ovaire	1
Ménopause	1
Désir de grossesse	1
Changement de méthode	1
Systématique	1 au 36 eme mois

6 mois après l'ablation pour désir de grossesse, la femme est devenue enceinte, l'accouchement à terme a été normal, les suites de couches sans problème.

10) Complications diverses associées

- polype de l'endocol : 2 (au 14eme mois et au 43eme mois)
- ectropion : 1 au 39eme mois
- Kyste de l'ovaire et stérilet : 1

. il s'agissait de kyste de l'ovaire fonctionnel révélé par des métrorragies.

- incident lors de l'ablation

. dans un cas les fils sont venus seuls, lors de l'ablation systématique au 47eme mois.

d) ECHECS DE LA METHODE

1) C'est-à-dire grossesse sur stérilet

Hôpital psychiatrique de MAISON BLANCHE	:	0
Maternité de PORT-ROYAL	:	5
Consultantes venues à PORT-ROYAL	:	9

Résultats pour PORT-ROYAL SEUL

$$\frac{5 \times 1200}{1519} = 3{,}95$$ grossesses pour 100 années femmes

Nous ne comptons pas dans la statistique totale les stérilets posés à l'hôpital psychiatrique de MAISON-BLANCHE

car il s'agit d'un groupe particulier (Nous avons relevé : 11/166= 6,6 % d'aménorrhées)
Les conditions de surveillance sont différentes.

2) Evolution des grossesses sur stérilet

	PORT-ROYAL	CONSULTANTES
F.C.S.	2	3
F.C.P.	-	1
Accouchement prématuré (6 mois 1/2)	-	1
G.E.U.	-	1
Non précisée	3	3

3) Durée d'insertion de stérilet avant la survenue de la grossesse.

PORT-ROYAL: 46 mois, 4 mois, 13 mois, 9 mois
(2eme stérilet : le premier 9 mois)
Durée moyenne 18 mois

Consultantes: 25 mois, 56 mois, 20 mois, 12 mois, 12 mois, 7 mois, 2 mois, 10 mois, x
Durée moyenne 18 mois.

D.- COMPARAISONS ENTRE DIAPHRAGMES ET STERILETS.

I- INDICATIONS

a) Niveau social

Nous n'avons pas retrouvé de différence notable entre les 2 groupes de consultantes, si ce n'est peut être une prédominance de femmes issues du milieu médical en faveur du diaphragme.

b) Tranches d'âge

	Diaphragme		Stérilets Mai.Blanche		PORT ROYAL		MAISON BLANCHE + PORT ROYAL	
moins de 20 ans	I5	2,5 %	9	5,I %	5	3,6 %	I4	4,4 %
20 à 24 ans	I9I	3I,7 %	26	I4,6 %	I5	I0,8 %	4I	I2,9 %
25 à 29 ans	I84	30,5 %	43	24,2 %	37	26,6 %	80	25,3 %
30 à 34 ans	I27	2I,I %	48	27,I %	49	35,2 %	97	30,7 %
35 à 39 ans	66	I0,9 %	35	I9,6 %	24	I7,2 %	59	I8,6 %
40 ans et plus	20	3,3 %	I6	9,4 %	9	6,4 %	25	7,9 %
non précisé	30		7		-		7	
TOTAL	633		I84		I39		323	
- Age moyen	28,I an		30,6 ans		30,6 ans		30,6 ans	

c) Comparaisons des patientes de moins de 20 ans

Diaphragmes	Stérilets MAISON-BLANCHE	Stérilets PORT-ROYAL
- I7 ans - Og:I	-I4 ans - Og:I	- I6 ans I ac. I
- IAc:2	-I5 ans - Og:I (débile, rapports)	- I7 ans I ac. 2
- I8 ans - Og:4	-I7 ans - Og:I (débile)	- I8 ans I ac. I
- I9 ans - OG:I	-I8 ans (I GEU+IAc :I	- I9 ans I ac. I
I ac. + I FC:I	(X :I	
I ac. + IFCP:I		
I ac. + IFCS:I		
2 ΔG. :I	- I9 ans	
3 ΔG :I	(Og : 3	
	- débile, 2ème stérilet	
	- Nymphomane	
	- X	
	(X : I (mariée)	

- La jeune fille de 14 ans étant une grande caractérielle ayant des rapports depuis plusieurs années, elle a enlevé son stérilet, a été enceinte, a eu un avortement thérapeutique, elle a refusé un nouveau stérilet.

d) nombre de grossesses antérieures.

	DIAPHRAGMES		STERILETS			
			MAISON-BLANCHE		PORT-ROYAL	MAISON-BLANCHE + PORT-ROYAL
aucune	71	11,7%	35	22,5%	0	35
une ou deux	321	53,2%	66	42,5%	45	111
trois et plus	211	34,9%	54	34,8%	92	146
non Précisé	30		29		2	31

e) nombre d'enfants vivants

aucun	117	19,4%	41	26,4%	1	42
un ou deux	352	58,3%	65	41,9%	63	128
trois et plus	134	22,2%	49	31,6%	73	122

f) nombre moyen d'enfants

	1,7		2,3		3,3	2,8

g) avortements provoqués antérieurs

non	471	78,1%	133		99	232
un	65	10,7%	8		19	27
deux et plus	44	7,2%	6		12	18
non précisé FCP-FCS	23	3,8%	8		7	15
dont avortements thérapeutiques			2		2	4

h) Avortements spontanés antérieurs

	Diaphragme		Stér.M.B.	P.R.	M.B.-P.R.
non	492	81,5%	145	114	259
oui un et plus	76	12,6%	0	14	14
G.E.U.	4	0,6%	2	0	2
Moles	5	0,8%	-	1	1
accouchements prématurés	3	0,4%	-	1	1
non précisé FCP-FCS	23	3,8%	8	7	15

II.- ACCEPTABILITE.

a) Souhaits des patientes

1) désirent un diaphragme 11,4%
2) désirent un stérilet 32,1%

b) Manipulations

1) Stérilets	pas de manipulation	
2) Diaphragmes	n'arrivent pas à la poser	2,3%
	gêne physique à la pose	3,3%
	refus pour raison x	6,1%
	mari gêné	1,1%

c) Acceptabilité

1) diaphragmes	manoeuvres déplaisantes	3,5%
	confiance limitée	2,5%
	préfèrent stérilet	0,9%
2) stérilets	stérilets mal supportés psychiquement	

Hôpital psychiatrique de MAISON-BLANCHE	4,2%
Maternité de PORT-ROYAL	6,9%
Total	5,3%

d) Surveillance

1) diaphragmes

indiqués : 633 posés 514

revus 226 soit $\frac{226}{514}$ = 43,96%

nombre de mois en moyenne : 15,4 mois.

2) Stérilets

pourcentage de stérilets posés

Maison-Blanche	$\frac{166}{183}$	90,71%
Port-Royal	$\frac{116}{151}$	76,82%
TOTAL	$\frac{282}{334}$	84,43%

Nombre de mois en moyenne :

Maison-Blanche	11,0 mois
Port-Royal	13,0 mois
Maison-Blanche + Port-Royal	11,8 mois

3) Comparaison

- Les stérilets ont eu une surveillance régulière plus importante que les diaphargmes
- Les diaphragmes sont utilisés, lorsqu'ils le sont, plus longtemps que les stérilets.

III- COMPLICATIONS

a) diaphragmes

pratiquement absence de complication

b) stérilets

1) bien tolérés :

Hôpital psychiatrique de Maison Blanche	60,8%
Maternité de Port-Royal	48,1%
Total	55,7%

2) Incidents à la pose

Douleurs: Maison-Blanche	4,2%
Hémorragies : Maison-Blanche et Port-Royal	7,8%

3) Complications

Dysménorrhées	6,3%
Hémorragies diverses	26,9%
Infections	2,5%
Expulsions	8,8%

IV- ECHECS

a) diaphragmes:

Total: 18 grossesses pour 3501 mois:
6,16 grossesses pour 100 A.F.

diaphragmes bien mis :
10 grossesses 3,42 grossesses pour 100 A.F.

b) Stérilets

Maison-Blanche
Port-Royal — 0 g. pour 1827 mois
5g. pour 1519 mois=3,95 grossesses pour 100 A.F

Maison Blanche + Port Royal
5g. pour 3346 mois=1,79 grossesses pour 100 A.F.

c) Evolution des grossesses

1) diaphragme

18 grossesses

3 FCP	21,4 %
5 FCS	35,7 %
6 accouchements normaux	42,8 %
4 non précisés	

2) Stérilets

	PORT-ROYAL 5 grossesses	VILLE: 9 grossesses	TOTAL: 14 grossesses
Fausse couche spontanée	2	3	5 : 55 %
Fausse couche provoquée	-	1	1 : 11 %
Accouchement prématuré	-	1	1 : 11 %
Accouchement à Terme	-	1	1 : 11 %
G.E.U.	-	1	1 : 11 %
Non précisée	3	2	5 -

d) Comparaisons

1) Efficacité

Les réticences à l'emploi du diaphragme augmentent le nombre des échecs.

Les deux méthodes bien utilisées, dans des conditions de recrutement identique (Maternité de PORT-ROYAL-Assistance Publique - PARIS), avec une surveillance régulière ont des résultats très voisins.

-Stérilets : 3,95 grossesses pour 100 Années Femmes
-Diaphragmes: 3,42 grossesses pour 100 Années Femmes

2) Evolution des grossesses - échecs

	stérilets	diaphragmes
Fausse couche spontanée	55 %	21,4 %
Accouchement prématuré	11%%	-
Accouchement à Terme	11 %	42,8 %

E- CONCLUSIONS

En plus de la contraception orale, il existe deux autres méthodes de contraception mécanique.

L'une, la méthode obturatrice physico chimique est plus astreignante, elle nécessite une maturité intellectuelle de la femme qui doit participer pleinement à sa vie sexuelle; son inocuité quasi complète est contre balancée par le côté désagréable des manoeuvres qu'elle nécessite.

L'autre, le stérilet est plus commode et ne nécessite aucune participation de la femme, aucune préparation avant ses rapports. Cette méthode n'est pas sans risque comme l'a montré ce bilan, les complications infectieuses hémorragiques limitant les indications.

Nous avons pu observer au cours de ce bilan comparatif des méthodes mécaniques, que grâce à une surveillance régulière des femmes et une bonne compréhension de la méthode choisie, que l'efficacité est sensiblement la même. Les indications en sont différentes et doivent bien être pesées.

BIBLIOGRAPHIE

1.- La Contraception "Risques, inconvénients et facteurs d'échecs

Faculté de Médecine
XAVIER BICHAT

23-3-72

BILAN DE LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION A LA

MATERNITE DE PORT-ROYAL

(Contraception orale exclue)

VU
PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
L'ACADÉMIE DE PARIS

COMPARAISON ENTRE LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION MECANIQUE.

BIBLIOGRAPHIE

1.- La Contraception "Risques, inconvénients et facteurs d'échecs des diverses méthodes" colloque de la santé Nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité.

11 Novembre 1963 MASSON édit.

2.- ANCLA M.-
Action et Mode d'Action des appareillages intrautérins sur l'endomètre de la femme.

FERTILITE - Avril 1970 2 n° 2 19-24

3.- ANCLA M., de DEUX J. et SUISSA P. -
Les métrorragies au cours de la contraception intra utérine, étude anatomo-clinique et électronique.

PRESSE MEDICALE, 21 février 1968, 76 n°9, 427-430

4.- BLACQUE-BELAIR M.-
Contraception par méthodes obturantes -

REVUE DU PRAT. - 11 Novembre 1970 20 n° 29 4657-4667

5.- CAMI
Complications du stérilet.

Thèse PARIS 1970 n° 205

6.- CHAUVIN P.
La Contraception intra-utérine par les stérilets; à propos de 1000 cas.

Thèse PARIS 1967 n° 948

7.- DALSACE J. et PALMER.
La Contraception.

PUF édit. PARIS 1967 2e édition

8.- DALSACE J. et PALMER R.-
Régulation des Naissances.

E.M.C. Gynécologie 738 A 10 11-1969

9.- DAVIS HJ. et LESINSKI
Mécanisme d'action des contraceptifs intra utérins chez la femme.

OBST. a. GYN. Sept. 1970 36 n° 3 350-358

10.- DUBEL.-
Incidents et accidents dûs aux stérilets.

Thèse PARIS - 1970 n° 221

11.- FEINERMAN D., RABARISON, Y. et COHEN J.-
Enquête de surveillance de femmes sous contraception.

FERTILITE . Janvier 1972 4 n° 1 33-44

12.- GEISELDORF V. et NUYLAN J.
La contraception intra-utérine avec le LIPPES-LOOPS.

GYNECOLOGIA 1966 162 n° 5 445-446

13.- HERVET E. et BARRAT J.
Indications médicales de la contraception.

REVUE DU PRAT. 21 mars 1967 17 n° 9 1241-1251

14.- KAHN-NATHAN J.
Les dispositifs intra utérins. Un tableau complet.

FERTILITE Janvier 1970 2, n°1, 24-27

15.- KAHN-NATHAN J.
Les stérilets.

REVUE DU PRAT. 11 novembre 1970 20 n° 29, 4669-4679

16.- KAHN-NATHAN J. et ROZENBAUM H.
La contraception hier, aujourd'hui, demain,
L'expansion
Edit. PARIS 1969

17.- LAGROUA WEILL-HALLE et LEVY.
La proscription contraceptive .

Librairie MALOINE édit. PARIS 1968

18.- LE BRIS J.L.
Les accidents hémorragiques des dispositifs anticonceptionnels endo-utérins.

CONCOURS MED. 13 décembre 1969 91 , n° 50 9381-9384

19.- LIPPES J.
Contraception avec des anses plastiques intra-utérins.

AM. J. OBST. GYN. 1 décembre 1965 93 n° 7 1024-1030

20.- MAKAMOTO, M. Et BUCHMAN M.I.
Complications des contraceptifs mécaniques intra-utérins

AM.J. OBST. GYN. 15 avril 1966, 94 n°8 1073-1078

21.- OBER M.B., SOBRERO A.J. CHABON. A.B. et GOODMAN J.
Contraceptif intra-utérin à base de Polyethylène. Modifications endométriales après emploi prolongé.

J. A.M.A. 4 mai 1970, 212 n° 5. 765-769

22.- OBOLENSKY W., POLASEK F. et VULLIEMOZ P.
Notre expériénce de la contraception intra-utérine.

FERTILITE. Octobre 1970 2 n° 4 5-9.

23.- RAVINA J.H.
Mode d'action des dispositifs intra-utérins.

PRESSE MEDICALE 9 mai 1970, 78 n°23- 1063-1064

24.- RAVINA J.H.-
Insertion et surveillance d'un dispositif intra-utérin.

PRESSE MEDICALE 3 janvier 1970 78 n° 1 31-32

25.- ROUAH -
Contribution à l'étude de la Régulation de la conception.
Bilan d'une consultation de la contraception à la clinique obstétricale BAUDELOQUE.

Thèse PARIS 1970 n° 80

26.- THIBAULT C. et LEVASSEUR M.C
Premier essai d'interprétation physiologique de l'effet contraceptif des corps étrangers dans l'utérus.

FERTILITE Avril 1970 2 n° 2 7-16

27.- TIETZE C.
Contraception par moyens mécaniques intra-utérins.

AM.J. OBST. GYN 1 décembre 1966 96 n°7 1043-1054

28.- VERDOUX C.
Contraception vaginale et spermicides.

FERTILITE Avril 1970, 2 n°2 27-29.